

PRISE EN CHARGE DE LA FEMME PAR LE MEDECIN GENERALISTE

**Documents d'information à remettre aux femmes en consultation
par le médecin généraliste**

Auteure

Anna CHRISTIDIS

DES de médecine générale

Année 2009-2010. Mise à jour : Juin 2011

SOMMAIRE

<u>CONTRACEPTION : p 3-15.....</u>	3
<u>Pilule oestro-progestative : p3-4.....</u>	3
<u>La pilule microprogestative : p5.....</u>	5
<u>Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule : p6.....</u>	6
<u>La pilule d'urgence : Lévonorgestrel (Norlévo®) : p7.....</u>	7
<u>Implant : p8.....</u>	8
<u>Dispositif intra-utérin (stérilet) : p9-10.....</u>	9
<u>Le Patch contraceptif : p11.....</u>	11
<u>L'anneau vaginal : p12.....</u>	12
<u>Les préservatifs : p13-14.....</u>	13
<u>Les spermicides : p15.....</u>	15
<u>INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG) : p16-17.....</u>	16
<u>Généralités : p16.....</u>	16
<u>Les suites de l'IVG par aspiration : p17.....</u>	17
<u>LA GROSSESSE p18-30.....</u>	18
<u>Le Calendrier de la grossesse p18.....</u>	18
<u>Le suivi de la grossesse p19-20.....</u>	19
<u>Congés : p21.....</u>	21
<u>Dépistage de la trisomie 21 : p22.....</u>	22
<u>Grossesse et tabac, alcool, médicaments : p23.....</u>	23
<u>Conseils hygiéno-diététiques : p24.....</u>	24
<u>Besoins nutritionnels de la femme enceinte : p25-26.....</u>	25
<u>Prise en charge des symptômes courants de la grossesse : p27.....</u>	27
<u>Les échographies : p28.....</u>	28
<u>L'allaitement maternel : p29-30.....</u>	29
<u>DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS : p31-33.....</u>	31
<u>Frottis cervico-vaginal : p31-32.....</u>	31
<u>La colposcopie : p33.....</u>	33
<u>INFECTIONS URO-GENITALES : p34-36.....</u>	34
<u>Cystite Aiguë : p34.....</u>	34
<u>Infection à chlamydia trachomatis : p35.....</u>	35
<u>Mycose vaginale : p36.....</u>	36

<u>FASCICULE MEDECIN : p37</u>	37
<u>Pilules : p37</u>	37
<u>Résultats de FCV et conduite à tenir : p39-40</u>	39
<u>Tableau de surveillance durant le grossesse : p41</u>	41
<u>Valeurs biologiques pendant la grossesse : p42-43</u>	42
<u>Vaccinations pendant la grossesse : p44</u>	44
<u>Divers : p45</u>	45
<u>SOURCES DE DOCUMENTATION : p46</u>	46

CONTRACEPTION : p 3-15

Pilule oestro-progestative : p3-4

- **Comment prendre la pilule ?**

Selon les pilules, les plaquettes contiennent 21 comprimés ou 28 comprimés.

Lorsque l'on prend la pilule pour la première fois, il faut commencer le 1^{er} jour des règles, puis on prend un comprimé par jour.

Il faut prendre sa pilule toujours au **même moment** de la journée (soit tous les matins, soit tous les soirs).

- **Si votre plaquette comporte 21 comprimés** : prendre 1 comprimé par jour tous les jours pendant 21 jours (=terminer une plaquette). Puis interrompre la prise pendant 7 jours entiers. Commencer la plaquette suivante le 8^{ème} jour, et prendre 1 comprimé tous les jours à nouveau pendant 21 jours (= terminer la deuxième plaquette), et ainsi de suite. Ainsi toutes les plaquettes commencent le même jour (si vous avez commencé votre 1^{ère} plaquette un mardi, toutes les plaquettes suivantes commenceront un mardi).

Les règles arrivent pendant les 7 jours d'arrêt de la pilule. Vous êtes bien sûr protégée pendant cette période (à condition de reprendre correctement la plaquette suivante comme prévu le 8^{ème} jour).

Ne pas attendre la fin des règles pour commencer la plaquette suivante. Les règles servent simplement de « repère » pour commencer la 1^{ère} plaquette.

- **Si votre plaquette comporte 28 comprimés** : prendre 1 comprimé par jour tous les jours sans interruption entre deux plaquettes.

Les règles arrivent tous les 25 à 28 jours.

La pilule empêche l'ovulation, si vous ne prenez pas la pilule tous les jours, l'ovulation se déclenche (un ovule sort de l'ovaire), et vous pouvez donc être enceinte en cas de rapport sexuel non protégé.

Si à l'arrêt de la pilule vous n'avez pas de règles, vous n'êtes pas forcément enceinte. Il y a quelquefois diminution ou même disparition des règles quand on prend la pilule. Vérifiez qu'il n'y a pas eu d'oubli et de toute façon commencez la nouvelle plaquette, comme prévu. Vous pouvez faire un test de grossesse pour vous rassurer. En cas de doute, consultez votre médecin.

De petits saignements, en dehors des règles, peuvent survenir pendant les 2 ou 3 premières plaquettes. Si vous n'avez aucun signe (ni fièvre, ni douleur abdominale), continuez la pilule sans vous inquiéter. Sinon prenez rendez-vous avec votre médecin, tout en continuant la pilule. Au delà de 3 mois de saignements, il faut peut-être envisager un changement de pilule.

- **Que faire en cas d'oubli?**

□ Si vous prenez une "mini pilule" (*Adépal, Cilest, Cycléane, Daily Gé, Diane 35, Effiprev, Harmonet, Jasmine, Jasminelle, Ludéal, Méliane, Mélodia, Mercilon, Minesse, Minidril, Miniphase, Minulet, Monéva, Orthonovum, Phaeva, Tricilest, Triella, Triminulet, Trinordiol, Varnoline*) : la pilule reste efficace si on ne l'oublie **pas plus de 12 heures**.

- En cas d'oubli de moins de 12 heures : prendre la pilule oubliée et continuer la plaquette normalement.
- En cas d'oubli de plus de 12 heures : prendre la pilule oubliée, continuer la plaquette comme d'habitude et utilisez alors un moyen de contraception locale (préservatif, crème et ovule spermicides) pendant les **7 jours suivants**.

□ Si vous prenez une pilule "normalement dosée" (*Stédiril, Milli Anovlar, Planor*) : votre pilule reste efficace si on ne l'oublie pas **plus de 24 heures**.

En cas d'oubli prendre la pilule oubliée le plus tôt possible. Au plus tard prendre 2 pilules ensemble le lendemain à l'heure habituelle.

Si vous oubliez votre pilule plus de 24 heures, continuez de prendre une pilule tous les jours et utilisez une méthode de contraception locale (préservatif, crème spermicide) pendant les **7 jours suivants**.

En cas d'oubli même de 2 ou 3 jours, n'arrêtez pas votre pilule.

- **Ce qu'il ne faut pas faire :**

- Arrêter en cours de plaquette, parce qu'on a oublié la pilule 1 ou 2 fois.
- Attendre que les règles soient terminées pour recommencer la plaquette.
- Arrêter la pilule à cause de saignements ou parce qu'on a l'impression de mal la supporter.
- Arrêter en cours de plaquette parce qu'on ne veut plus prendre la pilule. Le mieux est de terminer normalement la plaquette, et d'en parler avec votre médecin.

- **Ce qu'il faut savoir :**

- En cas de vomissement ou de diarrhée dans les 3 heures suivant la prise de la pilule, reprendre un comprimé (il est utile d'avoir une plaquette de « dépannage »). En effet il est à peu près certain que le comprimé avalé avant les troubles digestifs, a été « éliminé ».

Si vous n'avez pas de « plaquette de dépannage », utilisez des moyens de contraception locale (préservatifs), pendant **7 jours**.

- **Information:**

- Si vous avez eu un rapport sans précaution (pas de préservatif ni de spermicide, oubli de pilule), sachez qu'il existe la **pilule d'urgence=pilule du lendemain= lévonorgestrel (Norlévo®)** pour diminuer le risque d'être enceinte.

=> La pilule ne protège pas des infections sexuellement transmissibles.

En cas de questions ou de problème, n'hésitez pas à appeler votre médecin ou le centre de planning le plus proche de chez vous.

La pilule microprogestative : p5

Cette pilule n'est composée que d'une seule hormone (progestatif).

Elle est prescrite en cas de contre-indication à la pilule oestro-progestative, ou bien après l'accouchement en cas d'allaitement.

Elle se présente sous la forme de plaquette de 28 comprimés. Il faut prendre 1 comprimé par jour tous les jours sans interruption d'une plaquette à l'autre.

Il faut commencer la pilule le 1^{er} jour des règles, puis continuer sans interruption.

Dans le cadre de la contraception après l'accouchement, en cas d'allaitement, la pilule progestative est débutée entre le 3^{ème} et le 21^{ème} jour après l'accouchement. Prendre un comprimé par jour, sans interruption.

Cette pilule se prend à **heure fixe**.

- En cas d'oubli de moins de 3 heures : prendre le comprimé oublié, et continuer la plaquette normalement.

- En cas d'oubli de plus de 3 heures : prendre le comprimé oublié. L'efficacité contraceptive de la pilule n'est plus assurée. Il faut donc, en plus de la pilule, utiliser des méthodes de contraception locale (préservatifs, spermicides) pendant 15 jours.

En cas de doute, n'hésitez pas à contacter votre médecin traitant.

=> La pilule ne protège pas des infections sexuellement transmissibles.

Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule : p6

Le schéma général de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule(s) est présenté ci-après.

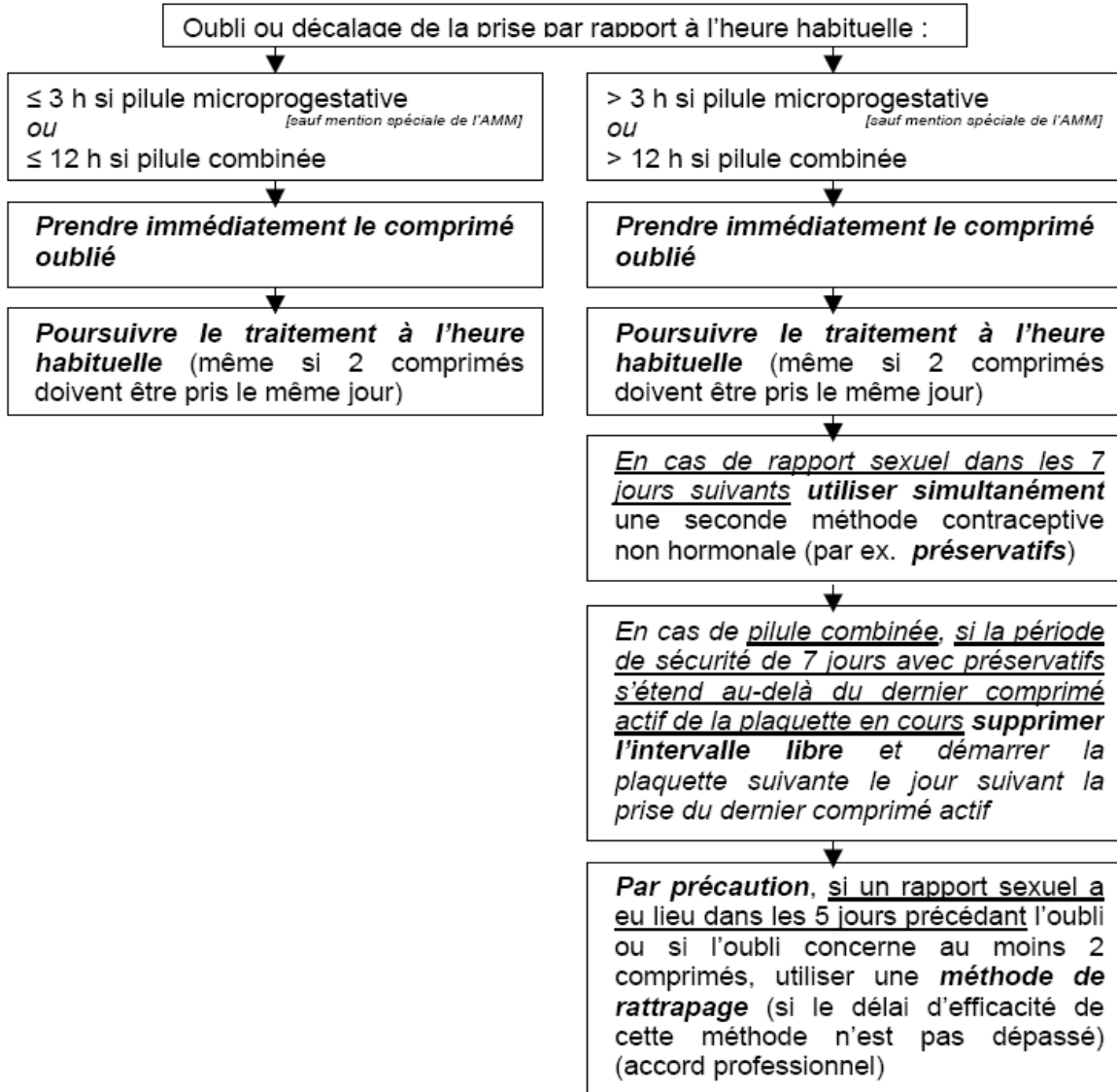


Schéma 1. Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'une pilule

La pilule d'urgence : Lévonorgestrel (Norlévo®) : p7

En cas de rapport sexuel sans précaution (oubli de préservatif, rupture de préservatif, oubli de pilule, ...), vous devez prendre la **pilule d'urgence = pilule du lendemain**.

Vous avez 72 heures pour la prendre, mais le plus tôt est le mieux.

Dans les 24 à 72 heures suivant le rapport sans précaution, prenez un comprimé de lévonorgestrel 1,5 mg (*Norlévo 1,5 mg*®).

Si vous prenez la pilule, continuer votre plaquette normalement jusqu'au bout et utilisez des moyens de contraception locale (préservatifs, spermicides).

Vous pouvez avoir quelques saignements avant l'arrivée de vos règles ; n'arrêtez pas votre pilule, continuez la. En cas de retard de règles, vous pouvez faire un test de grossesse et/ou consultez votre médecin ou le centre de planification familiale le plus proche.

La pilule d'urgence est en vente libre en pharmacie (de 4 à 9 euros). Elle est remboursée sur présentation d'une ordonnance.

Elle est gratuite pour les jeunes filles mineures.

Elle est disponible auprès des infirmières scolaires.

En cas de questions ou de problème contactez votre médecin traitant ou le centre de planification familiale le plus proche.

Implant : p8

- **Qu'est ce que c'est ?**

C'est un petit bâtonnet cylindrique en plastique de 4 cm de long qui contient une hormone (progestérone). Il est placé par un médecin sous la peau au niveau du bras.

- **Comment ça marche ?**

Une petite quantité d'hormone est délivrée en continu toute la journée et passe dans le sang. Cette hormone bloque l'ovulation, comme le fait la pilule.

- **Quelle est son efficacité ?**

A condition de le placer au bon moment du cycle, l'efficacité est de 99% pendant 3 ans. Cependant chez les femmes obèses, l'efficacité est diminuée au cours de la troisième année. Dans ce cas il vaut mieux changer l'implanon au bout de 2 ans au lieu de 3.

- **Comment met-on l'implant ?**

C'est un médecin qui le pose. Il fait d'abord une anesthésie locale. Puis il glisse l'implant juste sous la peau du bras. Cela prend 5 à 10 minutes. L'implant ne se voit pas et ne gêne pas mais on peut le sentir sous les doigts.

- **Quels sont les inconvénients ?**

- Saignements : 1 femme sur 10 a des saignements en dehors des règles pendant les 3^{es} mois. Cela s'arrange avec le temps (2,7% des femmes sous implant s'en plaignent encore deux ans après la pose). 1 femme sur 4 a des règles abondantes ou longues pendant les 3 premiers mois (10% des femmes sous implant s'en plaignent encore deux ans après la pose).

- Absence de règles : la durée des règles a tendance à diminuer sous implant et 1 femme sur 4 n'a plus de règles (sans danger pour la santé). Les règles reviennent comme avant après retrait de l'implant.

- Prise de poids : 1 femme sur 3 prend plus de 3 kilos (la prise de poids est progressive).

- Acné : 1 femme sur 7 se plaint d'acné.

- **Combien ça coûte ?**

Implanon® s'achète sur ordonnance en pharmacie, coûte 138.15 euros et est remboursé par la Sécurité Sociale (à 65%).

- **Comment fait-on pour l'enlever ?**

Implanon® est enlevé par un médecin. Le retrait se fait aussi sous anesthésie locale, avec une petite incision à la partie inférieure de l'implant. C'est un peu plus long que la pose.

On peut être enceinte dans les semaines qui suivent le retrait de l'implant. L'implant ne rend pas stérile.

- **En bref :**

C'est une contraception hormonale, comme la pilule, mais on n'a pas besoin de l'avaler tous les jours, donc il n'y a pas de risque d'oubli de comprimé et elle est efficace pendant 3 ans. Cela peut convenir à certaines femmes qui ne supportent vraiment pas la pilule ou à celles qui l'oublie très souvent. C'est un peu moins confortable au niveau des règles que la pilule.

=> L'implanon ne protège pas des infections sexuellement transmissibles.

Dispositif intra-utérin (stérilet) : p9-10

- **Qu'est-ce qu'un dispositif intra-utérin (DIU) ?**

C'est un objet d'environ 3 cm que l'on place à l'intérieur de l'utérus. Il agit en modifiant la muqueuse utérine et empêchant la nidation de l'œuf.

Il existe deux types de DIU : le DIU au cuivre, et le DIU hormonal.

Dans tous les cas, il est important de noter la date des règles. En cas de retard de règles, il faut faire un test de grossesse et consulter.

- **Quand peut-on poser un DIU ?**

La pose se fait par un médecin, généralement en fin de règles, afin d'être sûr de l'absence de grossesse. Il faut également s'assurer de l'absence de contre-indication, en particulier d'infection.

Il est indispensable de vérifier par un examen gynécologique 15 jours après la pose, ou après les règles suivantes, que le DIU est bien placé et bien toléré.

- **Que peut-il se passer dans les jours qui suivent la pose de votre DIU ?**

Dans les jours suivant la pose, vous pouvez observer :

- Des douleurs intermittentes à type de contractions (rappelant les douleurs des règles). Ces douleurs disparaissent rapidement (au maximum quelques jours).
- Quelques saignements, généralement peu importants, dans les premiers jours suivant la pose. Ils vont diminuer petit à petit. Il peut y avoir des saignements intermittents en dehors des règles pendant les 3^{es} mois.

- **Quelle est l'efficacité du DIU ?**

L'efficacité du DIU est immédiate après la pose. Comme pour tous les moyens de contraception, le DIU n'est pas efficace à 100%, suivant les modèles, il existe un risque de grossesse entre 0.3 et 1%.

- **Quand consulter ?**

Même si vous supportez bien le DIU, il est conseillé d'avoir un examen gynécologique par an (médecin généraliste ou gynécologue).

En revanche, devant l'apparition :

- de saignements survenant en dehors de la période des règles (pour les DIU au cuivre).
- de pertes inhabituelles.
- de douleurs aux rapports sexuels ou en cours de journée, indépendamment des règles.

=> Il faut :
 - Prendre sa température.
 - Téléphoner à votre médecin traitant pour avoir un rendez-vous rapidement car il ne faut pas laisser traîner une infection sur DIU.

- **Combien de temps le DIU est-il efficace ?**

Le DIU est efficace en moyenne 5 ans (parfois plus, parfois moins suivant les modèles). Le changement de DIU se fait de préférence en fin de règles.

Si vous souhaitez avoir un enfant, on retire le DIU (de préférence au moment des règles) et vous pouvez débiter une grossesse dès le cycle suivant.

- **Le DIU au cuivre :**

- L'effet contraceptif est renforcé par la présence d'un fil de cuivre.
- Les règles peuvent être plus abondantes, plus longues et/ou plus douloureuses qu'à l'ordinaire, cela s'arrange en général dans les mois qui suivent. Les règles peuvent être précédées et suivies de petits saignements marron.
- Les différents DIU au cuivre disponibles sont : TT 380, Gynelle 375, MLCu 375, NT 380, UT 380.

- **Le DIU hormonal :**

- L'effet contraceptif est renforcé par la présence d'une hormone (progestérone).
- Les 3 ou 4^{es} mois après la pose de ce DIU, il y a souvent des saignements irréguliers.
- La présence d'hormone dans le DIU a tendance à modifier les règles en les diminuant. Il y a donc soit de petites règles, soit pas de règles du tout. 1 femme sur 5 n'a plus de règles avec ce DIU, ce n'est absolument pas dangereux pour la santé. Si cela vous gêne, il suffit de faire enlever le DIU par votre médecin, et les règles reviennent.
- Le DIU disponible : Mirena.

=> Le DIU ne protège pas des infections sexuellement transmissibles.

Le Patch contraceptif : p11

Le patch contraceptif est un timbre qui se colle sur la peau. Il délivre en continu à travers la peau des hormones oestro-progestatives qui passent dans la circulation sanguine.

Le patch se colle sur la peau. Il y a plusieurs sites d'application possibles : abdomen, la face antérieure des bras, les fesses, le dos.

Il ne faut pas appliquer le patch sur les seins.

Chaque patch est efficace 1 semaine. Et il faut utiliser l'utiliser 3 semaines sur 4 (= 3 patchs au total par mois).

Le premier patch se colle le premier jour des règles. Il se garde une semaine puis il doit être changé, sans aucun jour d'interruption, par un autre patch, et ce pendant 3 semaines. Puis, ne pas mettre de patch pendant 1 semaine complète. Et reprendre le schéma dès la semaine suivante.

Les règles arrivent pendant la semaine sans patch, vous êtes bien sûr protégée pendant les 4 semaines (à condition de bien coller le patch suivant après la semaine d'arrêt).

Chaque patch se colle toujours le même jour de la semaine.

En bref, on utilise **un patch par semaine**, selon le schéma suivant :

- 3 semaines avec patch
- 1 semaine sans patch
- 3 semaines avec patch
- 1 semaine sans patch
- et ainsi de suite...

Il ne faut pas attendre la fin des règles pour poser le nouveau patch.

Patch disponible : Evra°

Si le patch se décolle (complètement ou partiellement) : que faire ?

- Pendant moins d'un jour (jusqu'à 24 heures) : Il doit être à nouveau appliqué (s'il colle encore bien) au même endroit ou immédiatement remplacé par un nouveau patch. Aucun contraceptif supplémentaire n'est nécessaire. Le patch Evra suivant doit être appliqué le « jour de changement » habituel

- Pendant plus d'un jour (24 heures ou plus) ou si l'on ne sait pas quand le patch s'est soulevé ou décollé : Il existe un risque de grossesse. Il faut appliquer un nouveau patch le plus tôt possible. Le jour de pose change donc et devient également le « nouveau jour de changement ». Il faut également protéger ses rapports pendant les 7 jours suivants.

=> Le patch contraceptif ne protège pas des infections sexuellement transmissibles.

L'anneau vaginal : p12

Il s'agit d'un anneau en matière synthétique souple, qui délivre des hormones oestro-progestatives en continu. Ces hormones passent dans la circulation sanguine à travers la paroi vaginale. L'anneau est efficace 3 semaines.

Il faut insérer l'anneau au fond du vagin (comme un tampon) et le laisser en place pendant 3 semaines entières, puis le retirer.

Une semaine après réinsérer un nouvel anneau au fond du vagin pour 3 semaines, et ainsi de suite.

Les règles arrivent pendant la semaine sans anneau.

Chaque nouvel anneau est placé le même jour de la semaine.

En bref, voici le schéma à suivre :

- 3 semaines avec un anneau
- 1 semaine sans anneau
- 3 semaines avec anneau
- 1 semaine sans anneau
- Et ainsi de suite...

L'anneau peut parfois être expulsé (par exemple après un rapport sexuel).

- Expulsion de moins de 3 heures : remettre l'anneau expulsé en place (après l'avoir rincé à l'eau froide ou tiède, mais pas chaude), l'effet contraceptif est alors assuré.

- Expulsion de plus de 3 heures : remettre l'anneau en place (après l'avoir rincé à l'eau froide ou tiède, mais pas chaude), mais l'effet contraceptif n'est plus assuré (comme un oubli de pilule). Il faut donc utiliser des préservatifs en plus de l'anneau pendant 7 jours.

=> L'anneau contraceptif ne protège pas des infections sexuellement transmissibles.

Les préservatifs : p13-14

Les préservatifs (masculin et féminin) protègent des infections sexuellement transmissibles.

- **Le préservatif masculin :**

Il existe en latex ou en polyuréthane.

Il y a différentes textures, tailles, épaisseurs.

Il faut vérifier la présence de la norme « CE » sur l'emballage et la date de péremption.

De plus vérifiez l'intégrité de l'emballage (pas de trous, déchirures...) et n'ouvrez pas l'emballage avec des ciseaux, les ongles ou les dents.

Le préservatif est à **usage unique**.

Si vous utilisez des lubrifiants, choisissez un gel lubrifiant à base d'eau (vendu en pharmacie et grandes surfaces) ; en effet les lubrifiants « gras » (comme la vaseline ou les crèmes) altèrent le latex et le rendent poreux, et de ce fait, le préservatif est inefficace.

Le préservatif doit être déroulé sur le pénis en érection, avant toute pénétration.

1- Ouvrez l'emballage individuel par son extrémité. S'il y a une encoche, utilisez-la pour une ouverture plus facile.



2- Mettez le préservatif sur le pénis en érection avant tout contact avec les organes génitaux féminins, la bouche ou l'anus du/ de la partenaire. Lors de la mise en place, pincer l'extrémité du préservatif pour en chasser l'air.



3- Déroulez le préservatif aussi loin que possible sur la verge, le petit bourrelet de l'anneau doit être tourné vers l'extérieur. S'il ne se déroule pas bien, ne forcez pas. Jetez-le et prenez-en un autre.



4- Se retirer avant la fin de l'érection, en retenant le préservatif à la base de la verge. Ainsi, vous éviterez le risque qu'il glisse et qu'il laisse échapper du sperme.



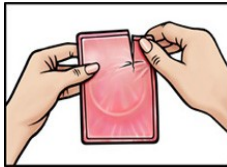
5- Après usage, nouez-le préservatif et jetez-le à la poubelle.

Le préservatif féminin :

Le préservatif féminin peut être placé à tout moment avant la pénétration (quelques heures avant le rapport lui-même ou juste avant la pénétration). Il est conseillé de le mettre en place au moins 30 minutes avant le rapport afin d'améliorer sa mise en place (la chaleur du corps permet un meilleur confort d'utilisation).

1. Mettez-vous dans une position confortable : couchée, assise, ou debout avec un pied posé sur une chaise.

2. Ouvrez la pochette individuelle et sortez le préservatif avec précaution, surtout si vous portez des bijoux.



3. Assurez-vous que l'anneau interne se trouve au fond du préservatif. Tenez le préservatif par cet anneau en le pressant entre le pouce et l'index

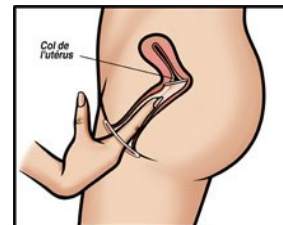


4. Sans le relâcher, insérez l'anneau dans le vagin et poussez-le aussi loin que possible

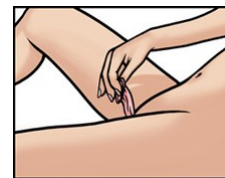


5. Placez ensuite l'index à l'intérieur du préservatif et enfoncez-le jusqu'au fond du vagin en poussant sur l'anneau interne.

Lorsque le préservatif est en place, l'anneau externe doit se trouver à l'extérieur du vagin.



6. A la fin du rapport, pincer la bague extérieure en la faisant tourner. Puis retirer le préservatif en le tirant délicatement.



7. Jeter le préservatif dans une poubelle



Les spermicides : p15

- **Qu'est ce que c'est ?**

Les spermicides sont des substances qui inactivent ou détruisent les spermatozoïdes.

- **Comment les utilise-t-on ?**

Les spermicides se présentent sous forme d'ovules, de crèmes, de gel ou d'éponges.

Il faut les insérer au fond du vagin.

On peut les utiliser seuls ou, de préférence, en association avec une méthode « barrière » (préservatif masculin ou féminin, diaphragme, cape cervicale).

- **Quelle est leur efficacité ?**

Leur efficacité est assez aléatoire : il y a entre 6 et 26 % d'échecs. Leur efficacité dépend largement de l'usage qui est en est fait.

Le moment de l'utilisation varie avec le type de spermicide: l'éponge (qui s'insère comme un tampon) peut être mise en place plusieurs heures à l'avance ; les ovules, pour être efficaces, doivent fondre au fond du vagin, à la chaleur du corps (ce qui prend dix minutes !) ; les crèmes peuvent être utilisées juste avant le rapport sexuel.

La durée d'action est variable : 60 minutes pour les ovules, 8 heures pour les crèmes et 24 heures pour les éponges spermicides.

Attention : Il ne faut pas pratiquer d'injection vaginale après le rapport, ni utiliser de savon pendant 6 à 8 heures, car tous les savons peuvent inactiver les spermicides.

- **Qui peut les utiliser ?**

- les femmes qui viennent d'accoucher et allaitent leur nourrisson (certains spermicides ne passent pas dans le lait)

- les femmes de plus de 45 ans ayant des rapports sexuels occasionnels, car leur fécondité est faible (mais pas nulle) !

- les couples stables en complément – ou à la place – des préservatifs

- les femmes utilisant un diaphragme ou une cape cervicale doivent utiliser des spermicides en complément

- en complément des méthodes naturelles (retrait ou coït interrompu, abstinence périodique, etc.) par les couples qui désirent seulement espacer les naissances.

N. B. : En cas d'échec de la méthode, les spermicides ne sont pas nocifs pour une grossesse.

- les jeunes femmes (plus fertiles) peuvent les utiliser mais elles doivent associer aux spermicides un autre moyen de contraception (préservatifs masculins, préservatifs féminins, ...)

- **Comment se les procurer ?**

Il existe de nombreuses marques de spermicides disponibles en pharmacie et les produits utilisés sont tous les mêmes. Ils sont en vente libre. Choisissez la forme qui vous convient (crème, ovules, éponge imprégnée).

Si vous allaitez votre enfant, interrogez votre pharmacien sur la compatibilité du spermicide avec l'allaitement.

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG) : p16-17

Généralités : p16

- En France, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) peut être pratiquée avant la fin de la 12^{ème} de grossesse.

- Il existe deux techniques : l'IVG par aspiration (en établissement de santé : hôpital ou clinique) et l'IVG médicamenteuse (en établissement de santé ou en cabinet médical libéral).

- La technique dépend du choix de chaque femme et du terme de la grossesse.

- **L'IVG par aspiration** : elle peut être pratiquée quelque soit le terme jusqu'au délai légal de 12 semaines de grossesse. Elle se fait sous anesthésie générale ou locale. Après anesthésie (générale ou locale), le médecin procède à une dilatation du col de l'utérus puis, grâce à une canule (adaptée au terme de la grossesse), à l'aspiration du contenu de l'utérus.

- **L'IVG médicamenteuse** : elle peut être pratiquée jusqu'à la fin de la 5^{ème} semaine de grossesse. Elle consiste en la prise (en établissement de santé ou au cabinet médical) de 2 médicaments différents à 36-48h d'intervalle. Le 1^{er} médicament permet l'arrêt de la grossesse et le 2^{ème} médicament permet l'expulsion de l'œuf, en provoquant des contractions utérines.

- Dans tous les cas, il est impératif de choisir une contraception efficace que l'on mettra en route le jour de la réalisation de l'IVG.

- **Visite de contrôle** : elle est indispensable, quelque soit la méthode de l'IVG. Elle permet de vérifier l'absence de complication, et de s'assurer que la contraception choisie par la femme est adaptée à sa situation.

Les suites de l'IVG par aspiration : p17

Vous venez d'avoir une IVG par la méthode d'aspiration

- **Dans les jours qui suivent, voilà ce qui peut se passer :**

- Vous pouvez saigner comme des règles, ou plus que des règles, parfois avec des caillots. Les saignements peuvent durer jusqu'à 15 jours.

- Vous pouvez ne pas saigner du tout, ce qui est aussi normal.

- Vous pouvez avoir entre le 2ème et le 5ème jour, douleurs abdominales, de la température (pouvant aller jusqu'à 39°), et des saignements accompagnés de caillots. Ce n'est pas grave. Ce n'est pas le signe d'une infection. C'est une réaction normale du corps.

Mais les douleurs et la fièvre doivent disparaître dans les 24h, en prenant les médicaments contre la douleur prescrits par le médecin.

- En revanche, si vous avez de la fièvre (>37,5°C), plusieurs jours de suite, il faut consulter.

- Les complications de l'interruption de grossesse sont devenues tout à fait rares avec la méthode par aspiration. De toutes les façons, s'il vous arrive quelque chose qui n'est pas mentionné dans ces pages, n'hésitez pas à contacter votre médecin ou le centre d'IVG qui vous a prise en charge.

- **Y-a-t-il des précautions à prendre après l'IVG ?**

- Si vous êtes en forme, et que tout va bien, vous pouvez reprendre vos activités normalement.

- Si vous êtes fatiguée (physiquement ou psychologiquement), il faut vous reposer en conséquence.

- En ce qui concerne les tampons périodiques, les bains et les rapports sexuels, certains médecins vous y autorisent, d'autres conseillent l'abstention pendant 8 jours.

- **Quand reviennent les règles ?**

- Si vous prenez la pilule (que vous commencez le jour même de l'IVG ou le lendemain) : les règles arriveront à l'arrêt de la plaquette.

- Si vous avez un dispositif intra-utérin (stérilet), ou si vous utilisez une contraception locale ou aucune contraception: les règles reviendront 4 à 6 semaines après une IVG.

- **Quand consulter ?**

- En cas de fièvre, de douleurs et/ou de saignements persistants, de pertes vaginales anormales.

- Dans tous les cas, même si vous sentez que tout va bien, **La consultation de contrôle dans les 15 jours qui suivent une IVG est indispensable**, un examen gynécologique est absolument nécessaire pour affirmer que tout est rentré dans l'ordre.

LA GROSSESSE p18-30

Le Calendrier de la grossesse p18

L'agenda de la grossesse
mise à jour: Novembre 2001

<http://www.paris-nord-sftg.com/outils.grossesse.0209.php3>

- Nombre de semaines d'aménorrhée à ce jour : XX
- la date des dernières règles est le XX-XX-20XX
- la date de début probable de la grossesse est le XX-XX-20XX
- la date optimale de la première échographie (12SA) est le XX-XX-20XX
- pensez à remplir la déclaration de grossesse avant le (3 mois) XX-XX-20XX
- la date optimale du test HT21 (14 à 17,6 SA) se situe entre le XX-XX-20XX et le XX-XX-20XX
- la date optimale de la seconde échographie (21SA) est le XX-XX-20XX
- la date optimale de la troisième échographie (31SA) est le XX-XX-20XX
- la date prévisible de l'accouchement est le XX-XX-20XX

Le suivi de la grossesse p19-20

Le suivi médical de votre grossesse va comporter un certain nombre de consultations et d'examens complémentaires (prises de sang, échographies, examen d'urines). Voici un agenda succinct de ce suivi, pour une grossesse qui se déroule normalement.

Les médecins calculent les dates de la grossesse en **semaines d'aménorrhées (SA)**. C'est les semaines sans règles et ceci à partir du premier jour des dernières règles. Il y a donc un décalage de 15 jours avec la datation en mois de grossesse. Par exemple, si le début de vos dernières règles remonte au 1^{er} janvier, et le début de grossesse au 15 janvier, alors au 15 février, vous serez à 1 mois de grossesse, mais à 6 SA.

- **Le premier trimestre de la grossesse :**

- Une première consultation permettra de faire le point sur votre état de santé. Un examen gynécologique sera pratiqué.

A l'issue de cette consultation, votre médecin vous prescrira :

- une analyse d'urine : recherche d'une infection ou d'un problème rénal
- un bilan sanguin : * savoir si vous êtes immunisée contre la toxoplasmose et la rubéole : ces deux maladies peuvent être graves pour votre bébé si vous les contractez pendant votre grossesse. Si le résultat est négatif (= pas d'immunisation), il faudra refaire cette prise de sang tous les mois pendant la grossesse.
 - * contrôler votre groupe sanguin
 - * faire un dépistage du VIH (si vous le désirez) et de la syphilis.

- La 1^{ère} **échographie** sera faite entre 11 SA et 13SA+6j.

- La **déclaration de grossesse** doit être envoyée avant la fin de la 15^{ème} SA (sécurité sociale et allocations familiales).

- Dans certaines régions, notamment en île de France, **inscrivez-vous rapidement dans la maternité** de votre choix.

- **Du 4^{ème} au 9^{ème} mois :**

- la 2^{ème} échographie aura lieu entre 20 et 22 SA.

- la 3^{ème} échographie aura lieu entre 31 et 34 SA.

- au 8^{ème} mois de grossesse, une consultation avec l'anesthésiste de la maternité est obligatoire, que vous envisagiez ou non une péridurale.

- Dans le cadre de votre grossesse, vous êtes prise en charge à 100% à partir du 5^{ème} mois de grossesse, pour tous les soins médicaux. De plus toujours dans le cadre de votre grossesse, la sécurité sociale prend en charge une consultation avec le médecin généraliste pour le futur père.

- Ce calendrier n'est qu'indicatif. D'autres consultations et/ou examens peuvent être nécessaires en fonction de l'évolution de votre grossesse ou de vos problèmes de santé antérieurs.

- **Quand consulter ?**

En dehors des visites prévues, il est important de consulter rapidement (même si vos symptômes vous semblent mineurs) en cas de :

- **Fièvre** : isolée ou associée à d'autres symptômes (courbatures, nausées, douleurs abdominales,...)
- **Symptômes urinaires** : envie d'uriner plus fréquente, brûlures mictionnelles,...
- **Douleurs abdominales** : contractions trop fréquentes, fièvre associée, ...
- **Pertes vaginales**

Par ailleurs, si vous vous sentez irritables, si vous dormez mal, si vous êtes à la fois heureuse d'être enceinte et anxieuse vis-à-vis de votre grossesse, de l'accouchement, n'hésitez pas à en parler (médecin traitant, sage-femme, psy).

Congés : p21

- **Congé de maternité :**

- Durée du congé de maternité :

Nature de la grossesse et situation familiale	Durée du congé en semaines		
	Période totale	Période prénatale	Période postnatale
< 2 enfants à charge	16	6	10
≥ 2 enfants à charge	26	8 ^(b)	18
Gémellaire ^(a)	34	12 ^(c)	22
Triple ou plus ^(a)	46	24	42

^(a) il faut établir un certificat médical attestant la grossesse multiple

^(b) peut-être augmenté de 2 semaines sans justification médicale, aux dépens de la période postnatale qui sera réduite d'autant

^(c) peut-être augmenté de 4 semaines sans justification médicale, aux dépens de la période postnatale qui sera réduite d'autant

- Situations particulières :

☐ Aménagements possibles depuis le 7 mars 2007 : La salariée peut demander, sous réserve de l'avis favorable du professionnel de santé qui suit sa grossesse, à **reporter une partie de son congé prénatal** après l'accouchement. Ce report ne **peut pas dépasser 3 semaines**. Toutefois, si un arrêt de travail est prescrit avant l'accouchement et pendant la période de report initialement prévue, la période de report est réduite d'autant. Avant le début de son congé maternité, la mère transmet la demande de report de congé prénatal à sa Caisse primaire, accompagnée d'un certificat médical. Soit la mère reporte directement 3 semaines, soit elle le reporte de semaine en semaine mais toujours dans la limite de trois semaines.

☐ la patiente peut bénéficier de 14 jours supplémentaires de repos pour grossesse pathologique

☐ en cas d'accouchement prématuré, la durée totale du congé n'est pas réduite (le congé prénatal est rajouté au congé postnatal)

- **Congé de paternité :**

A la naissance du ou des enfants, le père bénéficie de 3 jours accordés par l'employeur, auxquels peuvent s'ajouter 11 jours ouvrables consécutifs. Ces congés doivent être pris dans les 4 mois qui suivent la naissance.

Dépistage de la trisomie 21 : p22

- **Qu'est-ce que la trisomie 21 ?**

La trisomie 21 est la plus fréquente des malformations congénitales. On l'appelle également le mongolisme. C'est une anomalie du chromosome 21. *Le risque de trisomie 21 est d'autant plus élevé que la future mère est plus âgée.*

- **Comment peut-on dépister cette affection ?**

Le dépistage de la trisomie 21 repose sur la pratique d'un examen appelé amniocentèse, qui consiste à prélever à l'aide d'une aiguille, et sous contrôle échographique, une petite quantité du liquide qui entoure le fœtus (liquide amniotique). Dans ce liquide, on trouve en suspension des cellules du fœtus, dont on peut examiner les chromosomes (on appelle cette analyse un "caryotype"). La pratique de l'amniocentèse permet d'avoir un diagnostic de certitude : soit le caryotype est normal, et l'enfant est indemne de trisomie, soit il montre une trisomie 21 (ou une autre anomalie chromosomique), et le diagnostic est certain.

Mais l'amniocentèse est un examen un peu risqué : il peut déclencher des contractions, ou dans de rares cas entraîner un avortement => c'est pourquoi on ne fait pas d'amniocentèse chez toutes les femmes.

On propose un test de dépistage qui n'est pas obligatoire: le **HT 21**, ou "triple test". Il s'agit d'une simple prise de sang. Il ne peut être réalisé qu'en cas de grossesse monofoetale. Ce test doit être pratiqué soit au 1^{er}, soit au 2nd trimestre de la grossesse, à des moments précis. Vous verrez avec votre médecin quand le réaliser.

Comment doit-on interpréter les résultats du test HT 21 ?

Les résultats sont rendus en une dizaine de jours.

Les résultats expriment un **risque**, et non pas un diagnostic.

Il faut bien comprendre que, quel que soit le résultat du test, celui-ci ne permet pas d'écarter complètement une trisomie.

Si le test HT 21 donne une probabilité de trisomie supérieure à 1/250 (soit un risque sur 250 d'avoir un enfant trisomique), on estime qu'il est nécessaire de vous adresser en consultation de diagnostic anténatal.

Dans cette affaire un peu complexe, vous êtes le partenaire de votre médecin. N'hésitez pas à discuter avec lui/elle et à prendre une décision en toute connaissance de cause. Lors de la remise de l'ordonnance de prélèvement pour le test HT 21, votre médecin vous demandera de signer un document attestant que vous avez bien compris l'enjeu de cet examen.

Grossesse et tabac, alcool, médicaments : p23

- **Risques concernant le tabac :**

- L'arrêt du tabac doit intervenir de préférence avant la grossesse sinon le plus tôt possible pendant la grossesse. Pour arrêter de fumer demander conseil à votre médecin car il existe des solutions pour vous aider (les patchs et gommes peuvent être utilisés pendant la grossesse).

- L'arrêt du tabac est immédiatement bénéfique pour l'enfant à naître et sa mère ; il y a donc un intérêt à cesser de fumer quel que soit le stade de la grossesse.

- L'arrêt du tabac doit être complet

- Les complications liées au tabac pendant et après la grossesse :

- ☐ grossesses extra-utérines, fausses couches, hématome retro placentaire
- ☐ retard de croissance intra-utérin, accouchement prématuré, faible poids de naissance
- ☐ mort subite du nourrisson, asthme et infection respiratoires, parodontites

- Le tabac a un retentissement sur la fertilité (avant la grossesse)

- Le tabagisme du compagnon (= tabagisme passif est également nocif)

- Le cannabis peut être responsable de retards de croissance et de troubles du comportement, il est donc déconseillé pendant la grossesse ainsi que les autres substances toxiques.

- **Risques concernant l'alcool :**

- L'alcool traverse le placenta et il est toxique (surtout sur le plan neurologique) pour l'enfant à naître

- Cette toxicité s'exerce **tout au long de la grossesse**

- Complications liées à la prise d'alcool pendant la grossesse :

- ☐ syndrome d'alcoolisme fœtal
- ☐ retards de croissance, malformations, retards psychomoteurs, troubles du comportement.

- Il n'existe pas aujourd'hui de dose minimale d'alcool déterminée sans conséquences => **seule l'option « zéro alcool » pendant la grossesse est recommandée.**

- **Risques concernant les médicaments :**

- Beaucoup de médicaments sont considérés comme dangereux durant la grossesse. Informez votre médecin des médicaments ou des traitements que vous prenez.

- Informez chaque médecin ou acteur de santé (sage femme, pharmaciens...) que vous désirez être enceinte lors de toute prescription médicamenteuse.

- L'automédication (achat de médicaments sans ordonnance ou prise de médicaments sous forme orale, de collyre, pommade, crème ou gel pour application locale, disponibles dans votre pharmacie familiale) doit être **évitée** durant la grossesse : avant toute prise médicamenteuse, prenez conseil auprès de votre médecin, sage-femme, pharmacien.

- **le paracétamol et le phloroglucinol peuvent être pris librement tout au long de la grossesse**

Conseils hygiéno-diététiques : p24

- **Toxoplasmose :** (femmes non immunisées ou en attente de leur statut immunitaire)

La toxoplasmose est un parasite dont l'infection est bénigne chez l'adulte en bonne santé et passe le plus souvent inaperçue. En revanche, chez la femme enceinte, la contraction de cette infection peut être à l'origine de malformations fœtales.

Voici quelques règles à suivre :

- bien laver les crudités et laver à grande eau tous les aliments souillés de terre surtout s'ils sont consommés crus. Si possible, ne les consommer que cuits ou pelés.
- manger la viande très cuite (jamais saignante ou crue sauf si elle a été congelée)
- ne manger que des crudités que l'on a lavées soi-même
- bien se laver les mains après avoir manipulé de la viande saignante ou de la terre (porter des gants pour jardiner) et avant chaque repas
- éviter le contact avec la litière de chats. Si possible éviter de changer la litière soi-même, autrement porter des gants, et changer la litière plus souvent et désinfecter le bac de la litière à l'eau de javel.
- congeler les aliments (cela tue le parasite)

- **Listériose :** (pour toutes les femmes enceintes)

Ecoutez les informations car en cas de découverte d'un aliment porteur de listéria, la population est informée.

Voici quelques conseils à suivre :

- éviter les fromages au lait cru, préférer les fromages pasteurisés
- éviter les charcuteries cuites types rillettes, pâtés. Préférer les produits préemballés et les consommer rapidement après l'achat
- éviter les produits de la pêche crus (poissons, coquillages) ou fumés (poissons, tarama,...)
- éviter les graines germées crues (soja,...)
- cuire la viande à point (y compris lardons, ...)
- Bien se laver les mains après avoir manipulé des aliments crus
- Nettoyer et désinfecter le réfrigérateur à l'eau javellisée toutes les 2 semaines. Maintenir sa température à +4°C.

- **Salmonellose :**

Voici quelques conseils :

- Conserver les œufs au réfrigérateur
- ne pas consommer d'œufs crus ou mal cuits (une cuisson complète doit rendre fermes le blanc et le jaune)
- préparer les produits à base d'œuf sans cuisson (mayonnaise, crèmes, mousse au chocolat,...) le plus près possible du moment de la consommation et les maintenir au froid

- **Comment faire en dehors de chez soi :**

- Eviter : les crudités et salades vertes, les sandwichs et hot-dogs, les œufs et les aliments en contenant (mousse au chocolat, mayonnaise,...)

- Préférer : les viandes bien cuites, le poulet et le poisson cuit, les légumes cuits, les fruits épluchés

Besoins nutritionnels de la femme enceinte : p25-26

Pendant la grossesse il y a une adaptation physiologique de l'organisme maternel pour assurer le développement optimal du fœtus et l'allaitement au sein. Cette adaptation physiologique n'est pas la même en début et en fin de grossesse.

La grossesse se caractérise par une augmentation de la masse grasse qui se constitue rapidement (cette masse grasse est essentielle pour le développement de la grossesse). Cette majoration de la masse grasse est très différente d'une femme à l'autre. Ceci explique que la prise de poids lors d'une grossesse normale est variable. On dit qu'en moyenne, la prise de poids est de 1 kg/mois le 2^{ème} trimestre et de 4 à 500 g/semaine le dernier trimestre (soit en moyenne 1kg/mois). Il faut bien entendu tenir compte du poids initial de la mère avant la grossesse.

► protéines (viande, poisson, œuf, soja) : doivent représenter 15 à 20% de la ration calorique quotidienne. En France il n'y a pas de carence protéique d'apport en dehors de conditions particulières (précarité socio-économique, régimes végétaliens).

► lipides (graisses) : 30% de la ration calorique quotidienne. Une alimentation équilibrée apporte des acides gras essentiels (=poly-insaturés) que l'on trouve principalement dans les huiles végétales.

► glucides (sucre) : 50% de la ration calorique quotidienne. Il faut privilégier les féculents (pâtes, riz, pommes de terre,...) par rapport aux sucres rapides (gâteaux confiture, bonbons,...)

► calcium : il est apporté par les laitages les fromages et l'eau minérale. Il n'y a pas d'indication à une supplémentation systématique pendant la grossesse si l'alimentation est variée. Seule les femmes carencées bénéficient d'une supplémentation calcique.

► phosphore, magnésium, iode, fluor : les apports sont couverts par l'alimentation.

A partir du 5^{ème} mois de grossesse penser à **prendre RDV chez le dentiste** pour un contrôle (consultation prise en charge à 100% par la sécurité sociale dans le cadre de la grossesse)

► fer : pas de supplémentation systématique, en revanche il faut dépister les patientes à risque de carence martiale. La supplémentation est alors commencée à partir de la 12^{ème} semaine.

► vitamines :

- **vitamine D** : il peut exister un déficit en fin de grossesse (en particulier en cas de grossesse pendant l'hiver, ou de manque d'exposition au soleil).

Dans ces cas là il faut donc envisager une supplémentation: soit en dose quotidienne pendant les 9 mois de grossesse (400 UI/j), soit en dose unique (100000 UI) au 7^{ème} mois de grossesse.

- **folates (B9)** : il existe une diminution progressive des réserves pendant la grossesse. Il faut donc instaurer une supplémentation débutant au mieux en période péri-conceptionnelle jusqu'à la fin du 2^{ème} mois de grossesse.

Ceci permet une prévention de certaines anomalies affectant le fœtus (anomalies de fermeture du tube neural, fentes labiales et palatines, malformation des extrémités)

- **vitamine A** : pas de carence démontrée si l'alimentation est équilibrée. Pas de supplémentation car risque d'hypervitaminose A qui est tératogène. Le β -carotène (précurseur de la vitamine A) est autorisé au cours de la grossesse, mais les doses quotidiennes maximales doivent être inférieures à 8000 UI.

- **vitamine E** : les graisses végétales permettent un apport de vitamine E.

- **vitamine K** : une supplémentation médicamenteuse ne doit être envisagée que dans certaines situations particulières (médicaments type phénobarbital, hydantoïnes). Lors de l'allaitement maternel penser à supplémenter le bébé (1 ampoule de vit K par semaine).

- vitamines B1, B6, B12 : une supplémentation doit être envisagée dans certaines pathologies (malabsorptions, alcoolisme, dénutrition,...)

EN RESUME :

il faut avoir une alimentation variée et équilibrée, sans pour autant « manger pour deux ».

Les suppléments conseillés sont les suivantes :

- pour toutes les femmes : **acide folique** de la période péri-conceptionnelle jusqu'à la fin du 2^{ème} mois de grossesse

- pour certaines femmes : **vitamine D** en prise quotidienne pendant 9 mois ou en prise unique au 7^{ème} mois de grossesse, **fer** à partir de la 12^{ème} SA, **calcium**.

D'autres suppléments éventuelles seront mises en place en cas de besoin, par votre médecin.

Prise en charge des symptômes courants de la grossesse : p27

► **Nausées et vomissements:**

Le plus souvent les nausées et les vomissements disparaissent spontanément entre 16 et 20 SA. Voici quelques conseils en attendant leur disparition :

- Règles hygiéno-diététiques : prendre le petit déjeuner au lit, fractionner les repas, boire régulièrement mais par petites quantités.
- Stimuler le point P6 (point de neiguan) : face interne de l'avant-bras, 3 doigts au dessus du poignet
- si les symptômes persistent votre médecin peut-être amené à vous prescrire un traitement.

► **Pyrosis (brûlures, aigreurs) :**

Quelques règles hygiéno-diététiques permettent de faire disparaître ou de diminuer ces symptômes : garder une position verticale après les repas ; surélever la tête du lit ; diminuer les apports en caféines, boissons gazeuses, et en graisses ; fractionner les repas.

En cas d'échec de ces règles, votre médecin peut vous prescrire un traitement.

► **Constipation :**

Les règles hygiéno-diététiques suivantes peuvent soulager ce symptôme : alimentation riche en fibres, bonne hydratation (eau riche en magnésium, type *eau hépar*), exercice physique régulier.

Si ce symptôme persiste, votre médecin peut vous prescrire un traitement laxatif.

► **Varices :**

Le port de bas de contention (classe 2) soulage la sensation de jambes lourdes mais n'empêche pas l'apparition de varices.

► **Hémorroïdes :**

Les conseils hygiéno-diététiques pour la constipation s'appliquent aussi pour les hémorroïdes. En cas de besoin votre médecin pourra vous prescrire des crèmes locales pour soulager les symptômes.

Les échographies : p28

Pendant la grossesse il y a 3 échographies obligatoires, mais le médecin peut être amené à en prescrire plus en cas de besoin.

L'échographie est un examen d'imagerie utilisant les ultra-sons. Il n'y a aucun danger pour la mère ni pour l'enfant. Chaque échographie dure une vingtaine de minutes environ (parfois plus)

- **La première échographie:**

Elle est pratiquée entre la 11 et la 14^{ème} SA. Elle se fait souvent en deux temps : le radiologue utilise une sonde d'échographie posée sur le ventre, puis il peut compléter (si besoin) l'examen grâce à une sonde endo-vaginale.

Cette première échographie permet :

- de confirmer la grossesse, de la dater (préciser le terme), et de vérifier sa vitalité
- de vérifier s'il y a un ou plusieurs embryons
- d'aider à identifier certaines anomalies de l'embryon (mais la plupart des anomalies ne sont pas encore visibles, et certaines ne sont pas détectables par l'échographie).

C'est lors de cette échographie que l'on mesure **la clarté de la nuque** (épaisseur située derrière le cou de l'embryon) qui est un marqueur de trisomie 21 (mongolisme). Plus cette clarté est petite, plus le risque d'anomalie est diminué, et inversement. Il s'agit d'un calcul statistique et **non d'un diagnostic**. Le résultat est à interpréter avec l'âge de la mère, le résultat de l'HT21 et d'éventuels antécédents.

- **La seconde échographie :**

Elle est pratiquée entre les 20 et 22^{ème} SA. On mesure la taille du fœtus (biométrie), on vérifie les annexes fœtales et on fait un bilan morphologique du fœtus. C'est aussi lors de cette échographie que l'on peut connaître le sexe du futur bébé.

- **La troisième échographie :**

Elle est pratiquée entre les 31 et 34^{ème} SA. Elle permet de vérifier à nouveau la morphologie fœtale, la position placentaire et la quantité de liquide amniotique. Cette dernière échographie permet également « d'évaluer » la future mère (type d'accouchement,...)

L'allaitement maternel : p29-30

L'allaitement est un choix personnel qui dépend des convictions, des désirs et des obligations (professionnelles, personnelles) de chaque femme. Il est encouragé sans pour autant être obligatoire. Il ne faut pas hésiter à en discuter avec le médecin traitant ou avec la sage-femme, avant l'accouchement.

Selon l'OMS (organisation mondiale de la santé), l'allaitement maternel correspond à l'alimentation du nouveau-né et du nourrisson par le **lait de sa mère** au sein ou/et au biberon.

Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel.

◆ Bénéfices et durée optimale de l'allaitement maternel exclusif :

L'allaitement protège le nouveau-né des infections gastro-intestinales, et dans une moindre mesure des infections ORL et respiratoires (présence d'anticorps, de facteurs de croissance et d'hormones).

Le lait maternel est pauvre en vitamine K il faut donc supplémenter le bébé pendant toute la durée de l'allaitement maternel (1 ampoule de vitamine K par semaine).

L'effet protecteur de l'allaitement dépend de sa durée et de son exclusivité.

Une durée de 6 mois par rapport à 3 ou 4 mois doit être encouragée.

L'allaitement varie en fonction de l'âge du bébé.

De plus il faut souligner les avantages psychoaffectifs de l'allaitement maternel.

◆ Choix d'allaiter :

Le lait maternel est l'aliment le mieux adapté aux besoins du bébé. En cas d'allaitement maternel, il faut le continuer aussi longtemps que cela est possible.

Chaque femme est différente et doit tenir compte dans sa décision de ses choix personnels (ce que représente l'allaitement, place de la féminité,...), de son activité professionnelle, de son couple (investissement du père, soutien,...).

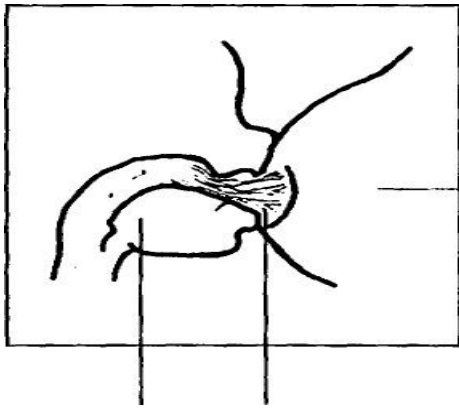
◆ Modalités de mise en route :

Après la naissance il faut favoriser rapidement (dans l'heure suivant la naissance) le contact peau à peau entre la mère et le nouveau-né. Ce contact intime favorise la première tétée, et d'une façon plus générale le lien mère enfant (même en cas d'allaitement artificiel).

La bonne position du nouveau-né (face à la mère) et la prise correcte du sein par l'enfant permettent une succion efficace tout en préservant les tétées douloureuses et les lésions du mamelon.

Il n'y a pas de règles quant à la fréquence quotidienne des tétées : c'est à la demande du bébé qui trouvera progressivement son rythme (on peut garder à l'idée que les tétées sont espacées d'au moins 2 heures).

Schéma :



langue

aréole



◆ allaitement et nutrition de la mère :

Une alimentation saine, variée et équilibrée est conseillée, avec les mêmes indications que lors de la grossesse (ce n'est pas la peine de manger pour deux...). Il faut assurer une bonne hydratation.

La caféine diffuse dans le lait maternel, la consommation de café doit donc être modérée (2-3 tasses/j).

La consommation d'alcool est fortement déconseillée ; en effet la concentration d'alcool dans le lait maternel est voisine de celle du sang.

◆ difficultés de l'allaitement :

- La plupart des difficultés de l'allaitement maternel peuvent être prévenues.

- Les crevasses guérissent, en général, seules ; on peut proposer une application de lanoline purifiée. La prévention des crevasses repose sur un positionnement correct du bébé lors des tétées (espacées en moyenne toutes les 2 à 3 heures).

- L'engorgement mammaire traduit une stase de lait, il faut donc faire téter le bébé ou tirer le lait. On peut aussi appliquer en alternance du « chaud-froid ». On peut prévenir l'engorgement d'une part en massant les seins de façon circulaire de l'extérieur vers le mamelon avant les tétées et d'autre part en favorisant des tétées fréquentes répétées.

- La mastite est une inflammation localisée du sein, douloureuse. Elle est favorisée par l'engorgement et les crevasses. Il faut faire téter le bébé ou tirer le lait et appliquer en alternance du « chaud-froid » (par exemple faire des massages des seins sous la douche en alternant eau tiède et eau chaude avant de faire téter le bébé ou de tirer le lait). La prévention repose sur des tétées fréquentes et répétées.

⇒ **En cas de fièvre il faut consulter un médecin rapidement.**

◆ consultation post-natale :

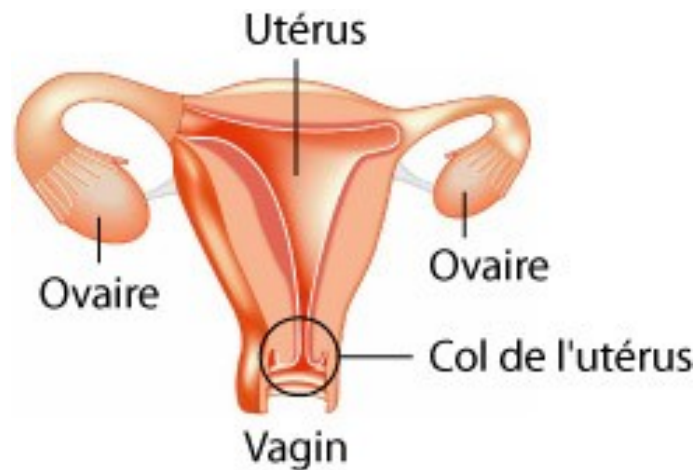
A la sortie de la maternité, pensez à prendre un RDV avec votre médecin traitant pour aborder les différents questions que vous pouvez vous poser (prenez un rdv pour le bébé et un pour vous)

DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS : p31-33

Frottis cervico-vaginal : p31-32

- Un peu d'anatomie...

L'utérus est un organe creux, situé dans le bassin de la femme, et dont la fonction est d'héberger le fœtus pendant la grossesse. L'utérus s'abouche dans le fond du vagin, et la portion d'utérus présente dans le vagin porte le nom de col de l'utérus. Chaque femme peut palper son propre col de l'utérus en introduisant un doigt dans son vagin : on le perçoit comme une masse lisse et arrondie. Au cours d'un examen médical, le médecin peut introduire un spéculum dans le vagin, qui permet d'écarter les parois du vagin et de voir le col de l'utérus.



- Le cancer du col de l'utérus

Lorsqu'il ne faisait l'objet d'aucun dépistage, le cancer du col de l'utérus était le plus fréquent des cancers féminins. Non dépisté, c'est un cancer très grave. Heureusement, le dépistage par frottis est extrêmement performant, et la mortalité par cancer du col utérin en France est aujourd'hui pratiquement nulle.

- Existe-t-il des facteurs qui favorisent le cancer du col de l'utérus ?

Le cancer du col de l'utérus peut toucher toutes les femmes. Néanmoins certains « facteurs de risque » ont été identifiés. Le cancer du col de l'utérus est d'autant plus fréquent qu'une femme :

- A eu ses premiers rapports à un âge précoce
- A eu plus de partenaires au cours de sa vie
- A eu plus de grossesses ou d'enfants
- A eu plus d'infections génitales
- Est infectée par le VIH (virus du sida)

Un virus joue un rôle important dans la genèse du cancer du col, le HPV (Human Papilloma Virus), responsable d'une maladie appelée condylomes (verrues génitales). On peut héberger ce virus sans avoir jamais eu de condylomes visibles.

A noter que le tabagisme augmente légèrement le risque de cancer du col de l'utérus, et que la contraception orale, au contraire, n'augmente pas ce risque.

Mais le plus important facteur de risque est **l'absence de surveillance gynécologique** : les lésions qui précèdent le cancer du col étant curables à 100%, une femme bien suivie ne doit jamais avoir de cancer du col.

- **Qu'est ce qu'un frottis du col utérin ?**

Le frottis du col de l'utérus est pratiqué au cours d'un examen gynécologique. Le médecin installe un spéculum dans le vagin. A l'aide d'une petite spatule de bois, ou d'un très petit écouvillon, il fait un prélèvement au niveau du col de l'utérus, ce qui permet de récupérer des cellules qui seront analysées à la recherche d'anomalies.

- **Qui doit faire un frottis ?**

Toutes les femmes de 20 à 65 ans doivent être régulièrement surveillées par frottis du col de l'utérus. Après deux premiers frottis normaux, réalisés à un an d'intervalle, les frottis suivants devront être pratiqués tous les deux à trois ans.

- **Que va-t-on chercher au microscope ?**

L'examen du prélèvement se fait au microscope et peut montrer :

- Des cellules normales, sans aucune particularité
- Des modifications sans rapport avec un cancer : des micro organismes, des champignons ou des microbes, une réaction inflammatoire
- Des anomalies en rapport avec une lésion précancéreuse ou cancéreuse : selon l'importance des lésions, les spécialistes utilisent un jargon un peu complexe, allant de « l'atypie cellulaire » (simple anomalie pouvant évoluer lentement vers un cancer, liée à une infection à Human Papilloma Virus), à la « dysplasie » et au « carcinome » (véritable cancer)

- **Que fera-t-on si le frottis n'est pas normal ?**

Si les anomalies sont une atypie, une dysplasie ou un carcinome, il faudra préciser l'importance des lésions en pratiquant une colposcopie. La colposcopie, véritable examen détaillé de la surface du col, pratiqué à la loupe binoculaire, permet de repérer exactement la nature et l'importance des lésions. Elle permet aussi de faire des prélèvements ciblés (biopsies) du col et de les examiner plus en détail pour affiner le diagnostic.

Le traitement des lésions du col dépend de leur nature exacte.

- **Place du vaccin anti HPV (Gardasil^o/ Cervarix^o)**

Cette vaccination est destinée à protéger des infections causées par l'HPV de types 16 et 18 (Cervarix^o) et 6 et 11 (Gardasil^o), transmis par voie sexuelle et pouvant provoquer des lésions précancéreuses et des cancers du col de l'utérus. Il ne protège pas contre toutes les souches d'HPV. Dans tous les cas, le vaccin ne dispense pas d'un suivi gynécologique régulier avec des frottis de dépistage réalisés comme pour n'importe quelle femme.

Le vaccin est recommandé aux jeunes filles de 14 ans et aux jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas encore eu de rapports sexuels ou au plus tard dans l'année suivant le 1^{er} rapport sexuel. Les souches d'HPV 16 et 18 sont responsables de la majorité des lésions pré-cancéreuses et les souches d'HPV 6 et 11 sont responsables de la majorité des condylomes anaux et génitaux.

Le schéma vaccinal comporte l'injection de trois doses par voie intramusculaire à J0, J+2mois et J+6mois.

Le vaccin est remboursé à 65% par la sécurité sociale et de nombreuses mutuelles prennent en charge la part complémentaire.

La colposcopie : p33

Comme son nom l'indique, la colposcopie est un **examen du col de l'utérus**, fait à l'aide d'une loupe binoculaire. La colposcopie a en général pour objectif d'analyser une lésion du col, de préciser son caractère suspect (précancéreux ou cancéreux), de donner le maximum d'indications sur la nature de la lésion, et son importance en surface et en profondeur.

La colposcopie est indiquée:

- lorsque votre médecin a repéré à l'oeil nu une lésion du col sur laquelle il souhaite des précisions
- lorsque votre frottis de dépistage a montré des anomalies cellulaires
- pour surveiller certaines infections virales (en particulier les condylomes) qui prédisposent à la survenue d'un cancer du col.

• **Comment se déroule une colposcopie?**

La colposcopie se fait au cours d'un examen gynécologique au spéculum. Le médecin nettoie le col et applique des colorants, puis pratique son examen au microscope. Cette phase est totalement indolore. Au cours de la colposcopie, le médecin pratiquera probablement **des biopsies**. Ce geste consiste à prélever de minuscules fragments du col, qui seront examinés au microscope, après avoir été disposés sur lames. La biopsie est légèrement douloureuse, mais le plus souvent le médecin prescrit des antalgiques au cas où.

L'examen dure entre 15 et 30 minutes.

Le médecin pourra, au terme de l'examen, vous donner quelques indications sur ce qu'il a vu. Néanmoins les résultats d'une colposcopie ne sont complets que lorsque les biopsies ont été préparées et interprétées, ce qui demande quelques jours. Il vous faudra donc nécessairement un peu de patience pour être totalement informée.

• **Les suites de la colposcopie**

Prévoyez une protection intime après l'examen: d'une part les biopsies entraînent parfois un petit saignement pendant un ou deux jours, et d'autre part l'un des colorants habituellement utilisés contient de l'iode, produit qui tache les vêtements d'une manière indélébile.

Vous pouvez prévoir une activité professionnelle normale après l'examen. Si des biopsies ont été pratiquées, évitez les rapports sexuels dans les trois jours qui suivent l'examen.

INFECTIONS URO-GENITALES : p34-36

Cystite Aiguë : p34

- La cystite est une inflammation de la paroi de la vessie. C'est une affection fréquente, qui touche beaucoup plus souvent la femme que l'homme. Dans l'immense majorité des cas elle est d'origine infectieuse.

L'urètre (le petit canal qui conduit l'urine depuis la vessie jusqu'à l'extérieur de l'individu) est très court chez la femme (quelques cms au plus), et il s'abouche au niveau de la vulve, dans une zone où sont naturellement présentes des bactéries. Il arrive que certaines bactéries puissent remonter depuis la vulve jusqu'à la vessie, par l'urètre, et déclencher une cystite aiguë.

- La cystite aiguë débute en général brutalement par des **brûlures lors de l'émission des urines, et des mictions fréquentes** (mais peu abondantes à chaque fois). Les urines peuvent être troubles ou malodorantes. On peut observer une coloration rouge des urines, due à un saignement de la paroi de la vessie. Il faut consulter dès ces premiers signes.

La fièvre ou les douleurs lombaires sont des signes évocateurs de complications et doivent faire consulter rapidement.

- Quels sont les facteurs qui favorisent les cystites?

- **les rapports sexuels** (à cause du frottement), néanmoins, la cystite aiguë n'est pas une infection sexuellement transmissible.
- **les troubles digestifs**: constipation ou diarrhée.
- l'absence d'hygiène peut évidemment être en cause, mais le plus souvent le problème est **l'excès d'hygiène**, et en particulier l'utilisation de savons désinfectants et de douches vaginales qui déséquilibrent les bactéries naturellement présentes dans le vagin.
- **une hydratation insuffisante** : lorsque l'on boit peu, on urine moins souvent, et entre deux mictions, les bactéries ont plus de temps pour se multiplier...
- **La grossesse** : pour des raisons mécaniques et hormonales, les cystites sont plus fréquentes au cours de la grossesse. Elles sont d'autant plus embêtantes qu'elles peuvent être cause d'avortements ou de prématurité, et que souvent, les symptômes sont discrets ou absents: c'est pourquoi il faut pratiquer systématiquement pendant la grossesse, une recherche d'infection urinaire par bandelette.
- **le diabète**: les infections urinaires sont plus fréquentes.

- Traitement de la cystite : Il repose sur des boissons abondantes (au moins 2l d'eau/jour) et des **antibiotiques** que votre médecin choisira parmi plusieurs familles. Attention, en cas de grossesse, beaucoup d'antibiotiques sont contre-indiqués, si vous pensez être enceinte, signalez-le à votre médecin.

- Quelles précautions prendre pour éviter une cystite?

- **s'hydrater suffisamment et uriner régulièrement**: plus l'on boit, plus l'on urine, et moins les germes peuvent stagner dans la vessie.
- **éviter le port de vêtements trop moulants** et/ou en synthétique, préférer les sous-vêtements en coton.
- **toilette intime** : utiliser un savon doux, éviter les produits trop décapants (gels douche et savons désinfectants en particulier), ne pas faire de toilette à l'intérieur du vagin.
- **éviter les rapports sexuels traumatisants** : les préliminaires sont indispensables, ils favorisent une bonne lubrification vaginale.
- prendre l'habitude de **faire pipi après chaque rapport sexuel**: cela permet d'éliminer immédiatement les quelques bactéries qui auraient pu s'introduire dans la vessie.

Infection à chlamydia trachomatis : p35

Chlamydia trachomatis est une bactérie qui représente la première cause d'infection bactérienne **sexuellement** transmissible (92 millions de nouveau cas chez l'adulte dans le monde, OMS 2001).

Le plus souvent l'infection est asymptomatique, mais si elle n'est pas traitée, elle peut engendrer des complications graves chez la femme : infection des trompes aiguë et chronique

L'infection à Chlamydia trachomatis non traitée :

- est une des principales causes de stérilité
- est à l'origine de 40% de grossesses extra-utérines (grossesse dans la trompe, et non dans l'utérus)

Le dépistage de cette infection est simple (analyse d'urine ou prélèvement gynécologique au niveau du col de l'utérus).

Le traitement de cette infection est simple et repose sur des antibiotiques.
Il faut bien entendu traiter tous les partenaires concernés.

Mycose vaginale : p36 (= candidose, levures, champignons)

- La fréquence des mycoses vaginales est élevée. Le plus souvent il s'agit d'une contamination par contiguïté (foyer digestif), ou d'un déséquilibre de la flore vaginale normale.

- Les causes les plus fréquentes de déséquilibre de la flore vaginale sont:

- ☐ toilettes vaginales qui favorisent le développement des levures (déséquilibre de la flore vaginale, utilisation de savon acide)
- ☐ prise d'antibiotiques
- ☐ grossesse
- ☐ contraceptifs oraux
- ☐ diabète
- ☐ sous-vêtements serrés ou en fibres synthétiques

- Les signes les plus fréquents sont une vulve rouge, des démangeaisons vulvaires et vaginales, des pertes blanchâtres, épaisses ressemblant à « du lait caillé ».

- Le traitement associe des mesures d'hygiène (sous-vêtements en coton, pas de douche vaginale,...) à un traitement par une ou des ovules vaginales et du lait ou crème.

FASCICULE MEDECIN : p37

Pilules : p37

	Ethinylestradiol (µg/j)	Progestatif (mg/j)	Noms	R/NR
TRIPHASIQUE	30-40-30	Gestodène 0.05-0.07-0.1	Phaeva	NR
			Trimulet	
			Perleane	
	30-40-30	Levonorgestrel 0.05-0.075-0.125	Trinordiol	R
		Daily Gé		
35	Norethisterone 0,5-0,75-1	Triella	R	
35	Norgestimate 0,18-0,215-0,25	Triafemi	R	
		Tricilest		
BIPHASIQUE	30-40	Lévonorgestrel 0,15-0,20	Adépal	R
	30-40	Norethisterone 1-2 mg	Miniphase	R
MONOPHASIQUE	15	Gestodène 0,06	Melodia	NR
			Minesse	
	20	Levonorgestrel 0,1	Leeloo Gé	R
			Gestodène 0,075	Harmonet
		Méliane		
		Felixita 20		
		Carlin 20		
		Efezial 20		
	20	Désogestrel 0,15	Mercilon	NR
			Cycleane 20	
	20	Drospirenone 3	Jasminelle	NR
			Jasminelle continu	
	30	Levonorgestrel 0,15	Minidril	R
			Ludéal Gé	
	30	Gestodène 0,075	Moneva	NR
			Efezial 30	
			Felixita 30	
			Carlin 30	
			Minulet	
	30	Chlormadinone 2	Belara	NR
	30	Désogestrel 0,15	Varnoline	NR
			Cycléane 30	R
			Varnoline continu	
30	Drospirenone 3	Jasmine	NR	
35	Norethisterone 1	Orthonovum	NR	
		Norgestimate 0,25	Cilest	NR
			Effiprev	
35	Cyproterone 2	Diane 35	NR	
		Evepar		
		Holgyeme		
		Lumalia		
		Minerva		
0	Desogestrel 0,15	Cerazette	NR	
0	Levonorgestrel 0,03	Microval	R	

Cancer du col et vaccination : p38

Le cancer du col utérin est lié à une infection virale persistante par un HPV à haut risque.

Une quinzaine de génotypes ont été individualisés dont les HPV 16 et 18 à eux seuls responsables de plus de 70 % de ces cancers et 50 % des CIN 2/3.

- le Gardasil® (Sanofi Pasteur MSD, West Point PA, USA) : vaccin tétravalent dirigé contre les types 16, 18, 6 et 11 (ces deux derniers étant responsables de 90 % des condylomes acuminés, et d'environ 20 % des CIN1) ;
- le Cervarix® (GlaxoSmithKline, Rixensart, Belgique) : vaccin bivalent contre les types 16 et 18 utilisant un adjuvant (ASO4) susceptible d'induire un taux d'anticorps avec de plus faibles quantités d'antigènes.

Les recommandations françaises

Le comité technique des vaccinations et le conseil supérieur d'hygiène publique de France se sont basés sur l'analyse d'essais pour recommander :

- la vaccination des jeunes filles de 14 ans afin de les protéger avant qu'elles ne soient exposées au risque d'infection HPV ;
- et des jeunes filles et femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou au plus tard dans l'année suivant le début de leur vie sexuelle ;
- le maintien du dépistage cytologique et de l'information vis-à-vis de la contraception et des infections sexuellement transmissibles.

En pratique

- Les vaccins contre les HPV 16 et 18 ont prouvé leur efficacité vis-à-vis des lésions induites par ces virus et de l'infection persistante chez les patientes naïves avec une bonne tolérance (grade A).
- Cependant, le vaccin n'est pas thérapeutique chez les porteuses ou ayant déjà des lésions associées aux virus 16 et 18 (grade A).
- Ceci souligne la nécessité de se conformer aux recommandations vaccinales françaises actuelles et de développer le dépistage des lésions cervicales dans le cadre d'une politique de prévention globale primaire vaccinale et secondaire par un dépistage organisé (grade A).

Schéma vaccinal : injections de 3 doses par voie intra-musculaire

- Gardasil° : J0, puis J+2 mois, puis J+6 mois
- Cervarix° : J0, puis J+1 mois, puis J+6 mois.

En fonction d'éventuels nouveaux éléments, il n'est pas exclu qu'une dose de rappel apparaisse nécessaire au bout de 5 ans

Résultats de FCV et conduite à tenir : p39-40

Frottis non significatif : l'absence de cellules cylindriques et/ou métaplasiques rend le frottis non significatif puisque la zone de jonction est supposée non prélevée. La présence de cellules endocervicales, est le témoin que le prélèvement a bien intéressé l'endocol. La présence de cellules métaplasiques signifie que le prélèvement a été fait autour de la jonction exo et endocol.

Frottis normal : un FCV est considéré comme normal s'il est clairement dit dans la conclusion qu'il n'existe pas de cellules dysplasiques ou carcinomateuses, ou qu'il n'existe pas de modifications réactionnelles.

Frottis anormal : un FCV est considéré comme anormal si des lésions de nature dysplasiques sont signalées dans la conclusion.

OMS	RICHART	BETHESDA
Dysplasie légère	Lésion virale à HPVs, CIN I	Lésion épidermoïde intra-épithéliale de bas grade
Dysplasie modérée ou moyenne	CIN II	Lésion épidermoïde intra-épithéliale de haut grade
Dysplasie sévère Carcinome in situ	CIN III Carcinome in situ	
Carcinome malpighien épidermoïde invasif	Carcinome malpighien épidermoïde invasif	Carcinome malpighien épidermoïde invasif
Dysplasie glandulaire	C.I.G.Ns	Lésions glandulaires intra-épithéliales de bas et hauts grades
Adénocarcinome in situ	Adénocarcinome in situ	Adénocarcinome in situ
Adénocarcinome invasif	Adénocarcinome invasif	Adénocarcinome invasif

NB : lésion épidermoïde intra-épithéliale = ASC (atypical squamous cells)
 - de bas grade = ASCUS (atypical squamous cells of undetermined significance)
 - de haut grade = ASCH (atypical squamous cells cannot exclude HSIL)

En cas de lésions de haut grade (CIN II-III, Carcinome in situ, dysplasies modérées ou sévères) : faire une colposcopie avec biopsie pour confirmer le diagnostic et préciser le traitement

En cas de lésions de bas grade (CIN I, dysplasie légère, ASCUS) : 3 attitudes possibles :

- refaire un FCV dans 6 mois
- faire une recherche d'ADN d'HPV (FCV en milieu liquide), si positif : colposcopie
- colposcopie immédiate

Figure 1. Prise en charge des atypies des cellules malpighiennes (ASC).

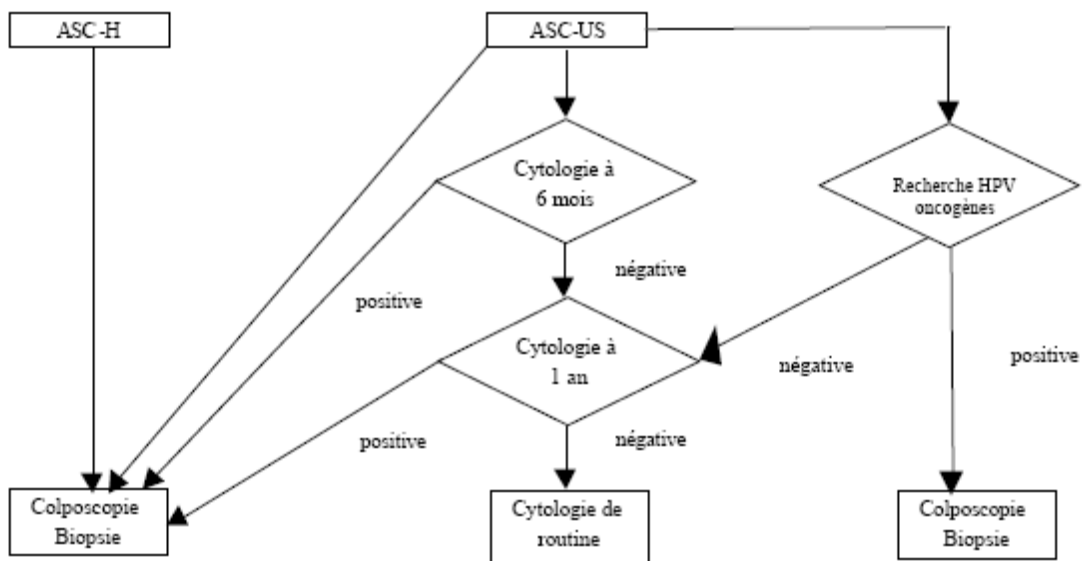


Tableau de surveillance durant le grossesse : p41

Nom patiente :

Maternité choisie :

		1er mois 2-6 SA	2ème mois 6-10 SA	3ème mois 11-14 SA	4ème mois 15-19 SA	5ème mois 20-23 SA	6ème mois 24-27 SA	7ème mois 28-31 SA	8ème mois 32-35 SA	9ème mois 37-40 SA
clinique	poids									
	TA									
	TV									
	HU									
	BU									
	BDC fœtaux									
	MAF									
biologie	TPHA-VDRL									
	VIH									
	rubéole									
	toxoplasmose									
	groupe sg rh (si rh- tester le père)								2ème déter.	
	RAI si rh-									
	NFS-plq									
	HT21 14-18 SA									
	Ag HBS									
	électrophorèse Hb si femme africaine et conjoint									
	glycémie (O'Sullivan)									
	échos	1ère 11-14 SA								
2ème 21-23 SA										
3ème 31-34 SA										
divers	cours préparation à l'accouchement									
	consultation dentaire									
	examen clinique futur père									

DDR :

DDG :

DPA :

1^{ère} écho :

2^{ème} écho :

3^{ème} écho :

HT21 :

Valeurs biologiques pendant la grossesse : p42-43

Principales valeurs biologiques modifiées ou non pendant la grossesse	
Hémogramme	Valeurs
Numération globulaire	Diminuée = 4 Tera/l
Hémoglobine	Chute progressive de 130-140 g/l (8,1-8,7 mmol/l) à 105-120 g/l (6, 8-7, 4 mmol/l) ; début de la chute dès 10 SA
Hématocrite	Chute de 40 % à 31-34 %
Concentration moyenne globulaire d'hémoglobine	Inchangée (320-330 g/l)
Volume érythrocytaire	Inchangé
Leucocytes	Augmentation jusqu'à 15 Giga/l (prédominance de l'élévation des polynucléaires neutrophiles)
Vitesse de sédimentation	Augmentation (valeurs à la première heure : 30-90 mm). Aucun intérêt pendant la grossesse
Triglycérides	Augmentation progressive jusqu'à 2-3 g/l
Cholestérol	Augmentation linéaire jusqu'à 3 g/l rapport cholestérol libre/cholestérol estérifié constant
Phospholipides	Augmentation jusqu'à 3, 5-4 g/l
Lipoprotéines	Augmentation dans toutes les fractions
Enzymes sériques	Valeurs
Gamma-glutamyl transpeptidase (gamma GT)	Inchangée
5' nucléotidases	Inchangées
Lactodéshydrogénase	Inchangée
Transaminases	Inchangées
Phosphatases alcalines	Augmentation progressive à partir de 20 SA en raison d'une isoenzyme placentaire
Amylasémie	Inchangée
Coagulation	Valeurs
Plaquettes : numération	Inchangée. Il existe de 4 à 8 % de thrombopénies modérées en fin de grossesse normale
Fibrinogène	Augmenté jusqu'à 5-6 g/l
Facteurs : V, VII, VIII, X, XII	Augmentés
Prothrombine, facteur IX	Non modifiés
Facteurs XI, XIII	Abaissés
Activité fibrinolytique	Abaissée
Antithrombine III	Diminuée de 10 % de sa valeur initiale
Protéine S	Diminuée
Activité antiplasmine	Augmentée
Inhibiteurs de l'activation du plasminogène	Inchangés
Protéine C	Inchangée
D-Dimères	Souvent augmentés
Hormones	Valeurs
Prolactine	Augmentée
Cortisol libre urinaire	Inchangé
Cortisolémie	Augmentée
Aldostérone	Augmentée

Hormones		Valeurs
Testostérone	Augmentée	
Androsténone	Augmentée	
Déhydro-épiandrosténone	Inchangée	
Catécholamines urinaires	Inchangées	
TSH	Inchangée	
T3 libre	Augmentée	
T4 totale	Augmentée	
T4 libre	Inchangée	
Fer sérique	Chute de 35 %	
Transferrine	Très augmentée	
Électrolytes		Valeurs
Sodium, potassium, chlore, phosphore	Pas de modification importante	
Calcium, magnésium	Diminution de 10 %	
Bicarbonates	Baisse importante (due à l'alcalose respiratoire compensée)	
Gaz du sang : PO ₂ , pH	Inchangés	
PCO ₂	Diminution (30 mm Hg) (4 kPa) (elle entraîne une dyspnée fréquente)	
Osmolalité	Baisse précoce de 10 mosm/kg d'eau	
Protéines, autres		Valeurs
Protéines totales	Diminuées	
Albumine sérique	Diminuée	
Alpha 1-globulines	Augmentées	
Alpha 2-globulines	Augmentées	
Bêta-globulines	Augmentées	
C3, C4, complément total	Augmenté	
Glycémie à jeun	Diminuée	
Glycosurie	Parfois présente avec des glycémies normales car abaissement du seuil rénal du glucose	
Composants azotés non protéiques		Valeurs
Urée sanguine	Diminution progressive de 25 % au moins de sa valeur initiale	
Créatinémie	Diminution progressive de 25 % au moins de sa valeur initiale	
Uricémie	Baisse précoce de 30 % : réascension en fin de grossesse (de 180 à 350 µmol/l)	

Vaccinations pendant la grossesse : p44

Vaccinations possibles ou non chez la femme enceinte		
Vaccin	Administration pendant la grossesse	Commentaires
BCG	Non	Sauf forme inactivée
Choléra	Non	Innocuité non déterminée
Hépatite A	Non	Innocuité non déterminée
Hépatite B	Oui	Si risque infectieux
Grippe (Influenza)	Oui	
Encéphalite japonaise	Non	
Méningocoque	Oui	Si risque infectieux
Rougeole	Non	
Oreillons	Non	
Pollomyélite inactivée	Oui	Si indication
Rage	Oui	Si indication
Rubéole	Non	Vaccination après l'accouchement, contraception conseillée
Diphtérie	Non	Entraîne des réactions fébriles importantes
Tétanos	Oui	Possible si indication
Typhoïde	Non	Innocuité non déterminée
Varicelle	Non	
Fièvre jaune	Oui	Éviter sauf en cas de risque élevé

Divers : p45

- ▶ **Pilule** : demander quel est le jour de début de chaque nouvelle plaquette (chaque plaquette commence toujours le même jour).

- ▶ **Norlévo®** : penser à prescrire une boîte de levonorgestrel, au moment de la prescription (ou du renouvellement) de la pilule (ou patch, anneau). Et ne pas hésiter à donner en plus des préservatifs

- ▶ **Besoins nutritionnels** : rechercher les indications pour prescrire :
 - vitamine D : grossesse en hiver, manque d'exposition au soleil (femmes voilées, ...)
 - Calcium : en cas d'antécédent de pré-éclampsie
 - fer : grossesses rapprochées, femme jeune, anémie.

- ▶ **HT21** : bien expliquer aux patientes qu'il s'agit d'un test pronostique (=statistique) et non diagnostique.

- ▶ **Allaitement** : encourager l'allaitement sans pour autant culpabiliser la femme. Penser à la consultation post-natale et insister pour que la mère prenne un RDV pour ELLE et un RDV pour le bébé.

- ▶ **Grossesse** : en cas de doute sur l'effet tératogène d'un médicament penser à consulter le CRAT (<http://www.lecrat.org/>)

SOURCES DE DOCUMENTATION : p46

- ANAES, Recommandations pour la pratique clinique. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*. Recommandations. Décembre 2004.
- ANAES, Service des recommandations et références professionnelles. *Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*. Mai 2002.
- ANAES, Service des recommandations et références professionnelles. *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines*. Mars 2001.
- ANAES, Evaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydia Trachomatis* en France [Tome 2]. Février 2003.
- HAS, Bon usage des médicaments. *Quelle place pour le vaccin papillomavirus humain (Gardasil[®]) dans la prévention du cancer du col ?* Août 2007.
- HAS, Recommandations pour les professionnels de santé. *Comment mieux informer les femmes enceintes ?*. Avril 2005
- HAS, Service des recommandations professionnelles. *Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel*. Juillet 2005.
- HAS, *Evaluation des Stratégies de dépistage de la trisomie 21*. Mars 2007
- H. Marret, J. Wagner-Ballon, H. Guyot. *101 questions de gynécologie-obstétrique*. Paris: Masson, 2004, 404 p. 978-2294007996
- D. Serfaty, *Contraception*, Paris : Masson, 3^{ème} édition 2007, 543p. 978-2294016004
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français. *Protocoles en gynécologie obstétrique*. Paris : Masson, 2007, 208p. 978-2294702631
- J-C. Pons, F. Vendittelli, P. Lachcar. *L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention*. Paris : Masson, 2004, 336p. 978-2294011153
- Site de la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste Paris nord (SFTG-Paris-Nord) : <http://www.paris-nord-sftg.com> [en ligne]
- Site du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français : <http://www.cngof.asso.fr>
- Hôpital Louis Mourier, Colombes, 92 : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse.